

世田谷区障害者等ひとり暮らし体験事業 利用申込書

令和 年 月 日

世田谷区 長 あて

(申込者) 住所

氏名

(利用希望者との関係)

以下のとおり、世田谷区障害者等ひとり暮らし体験事業の利用を申し込みます。

利用希望者	住所	世田谷区				
	ふりがな					
	氏名					
	連絡先	()				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
	障害種別	身体 () ・ 知的 ・ 精神 ・ ()				
	手帳	身体障害者手帳	有	無	級	
愛の手帳		有	無	度		
精神障害者保健福祉手帳		有	無	級		

緊急連絡先	住所					
	ふりがな					
	氏名					
	連絡先	()				
	続柄・関係	父	母	兄弟姉妹 ()	その他 ()	

- 申し込みが多い場合は、抽選になります。9月中旬に郵送にて、通知書を送付します。
- 体験の利用が決定した方については、ご記入いただいた内容を事業の運営を委託する事業者へ提供いたします。